Formular zur Meldung einer
- **Praxisübergabe/-übernahme,**
- **HZV-Patientenübergabe/-übernahme,**
- **Praxisaufgabe**

zu den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V in Sachsen

Bitte per E-Mail (praxisuebergabe@hzv.de) oder Fax (01805 002425-601) an die HÄVG übermitteln.

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft

☐ Herr ☐ Frau Titel LANR HÄVG-ID

Nachname Vorname

Praxisadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Faxnummer

E-Mail BSNR

Privatadresse nach Vertragsbeeindgung

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Mobil

E-Mail

2. Kündigung

Ich kündige meine Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen zum Datum (TT.MM.JJJJ)

☐ alle HZV-Verträge oder

☐ AOK PLUS* ☐ EK (Barmer, DAK) ☐ TK (+HEK, KKH, hkk)* ☐ IKK classic*

☐ Knappschaft* ☐ GWQ Hausarzt+* ☐ spectrumK* ☐ BAHN-BKK*

☐ PHV AXA/Gothaer

* Die Teilnahme angestellter Hausärztinnen/Hausärzte ist an diesen HZV-Verträgen möglich. Sicherstellungs-/Entlastungsassistenten können **nicht** an den HZV-Verträgen teilnehmen.

LANR (entsprechend der Angabe unter Punkt 1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt)

3. Grund der Kündigung

☐ Ruhestand ☐ Anstellung ☐ Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit ☐ Wechsel Fachgruppe (nicht hausärztlich)

☐ Sonstiges: _____

4. Angaben zur Nachfolgerin / zum Nachfolger

☐ Ich habe **keine Nachfolgerin / keinen Nachfolger** gefunden. Bitte meine Teilnahme an den oben ausgewählten HZV-Verträgen beenden. **(Hinweis: Falls zutreffend, sind die Felder 5 und 6 nicht zu befüllen.)**

☐ Ich habe **eine Nachfolgerin / einen Nachfolger** gefunden, die/der die Betreuung meiner HZV-Patienten fortsetzen möchte.
(Hinweis: Falls zutreffend, sind auch die Felder 5 und 6 zu befüllen.)

*Die nahtlose Fortsetzung der Betreuung Ihrer HZV-Patienten durch Ihre Nachfolgerin / Ihren Nachfolger im Rahmen einer so genannten Geregelten Praxisübernahme (GPÜ) ist derzeit bei den HZV-Verträgen mit der **TK (+HEK, KKH, hkk)**, **Knappschaft**, der **BAHN-BKK** und **spectrumK** **ohne erneute Einschreibung der Patienten** möglich. Für eine automatische Übertragung Ihrer HZV-Patienten auf Ihre Nachfolgerin / Ihren Nachfolger muss dieses Formular zu folgenden Fristen an die HÄVG gesendet werden:*

10.01. → Patientenübernahme ab 2. Quartal *10.04. → Patientenübernahme ab 3. Quartal*
10.07. → Patientenübernahme ab 4. Quartal *10.10. → Patientenübernahme ab 1. Quartal*

Ihre in alle anderen HZV-Verträge eingeschriebenen Patienten können durch Ihre Nachfolgerin / Ihren Nachfolger neu in die HZV eingeschrieben bzw. ggf. umgeschrieben werden. Hier gelten die vertraglichen Fristen für die Patienteneinschreibung bzw. -umschreibung:

01.02. → Beginn Teilnahme 2. Quartal *01.05. → Beginn Teilnahme 3. Quartal*
01.08. → Beginn Teilnahme 4. Quartal *01.11. → Beginn Teilnahme 1. Quartal*

5. Stammdaten Nachfolgerin/Nachfolger (auszufüllen von Nachfolgerin/Nachfolger)

☐ Herr ☐ Frau Titel LANR HÄVG-ID (falls vorhanden)

Nachname Vorname

Privatadresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Mobil

E-Mail

Praxisadresse (ab dem Zeitpunkt der Praxis- bzw. Patientenübernahme)

Praxisname (Neue) BSNR (falls vorhanden)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Faxnummer

E-Mail

LANR (entsprechend der Angabe unter Punkt 1. Stammdaten Hausärztin/Hausarzt)

Ich möchte alle mit der **Praxis- bzw. Patientenübernahme** in Verbindung stehenden Unterlagen und Informationen an meine

☐ Privatadresse oder ☐ Praxisadresse gesendet bekommen.

6. Angaben zur Praxis- bzw. Patientenübernahme (auszufüllen und zu unterschreiben von Nachfolgerin/Nachfolger)

Übernahme der HZV-Patienten zum: Datum (TT.MM.JJJJ)

(**Hinweis: Patientenübernahmen sind nicht rückwirkend und nur zu Quartalsbeginn möglich.)**

Ich möchte zum genannten Datum die Betreuung der HZV-Patienten folgender HZV-Verträge meiner Vorgängerin / meines Vorgängers übernehmen und beantrage eine automatische technische Übertragung der in diese HZV-Verträge eingeschriebenen Patienten auf mich als neue Betreuärztin / neuen Betreuarzt:

☐ **TK (+HEK, KKH, hkk)** ☐ **Knappschaft** ☐ **BAHN-BKK** ☐ **spectrumK**

Hierüber informiert/informieren die TK (+HEK, KKH, hkk), Knappschaft, BAHN-BKK und/oder die am spectrumK-Vertrag teilnehmenden Krankenkassen die Patienten mindestens zwei Monate vor Patientenübernahme. Sofern die Patienten innerhalb einer Frist von 14 Tagen nicht widersprechen, wird die Betreuung durch Sie als Nachfolgerin/Nachfolger fortgesetzt. Nähere Informationen können Sie dem jeweiligen Informationsbrief Patiententeilnahmestatus entnehmen, der Ihnen rechtzeitig vor dem Quartalswechsel zur Verfügung gestellt wird.

Mit der Patientenübernahme und der Fortsetzung der Betreuung der HZV-Patienten verpflichtet sich die/der an der HZV teilnehmende Hausärztin/Hausarzt zum genannten Datum eine Betreuung im Rahmen der jeweiligen HZV-Verträge vollumfänglich sicher zu stellen.

Unterschrift Nachfolgerin/Nachfolger **Datum** (TT.MM.JJJJ)

Hinweis:
Die Teilnahme an den entsprechenden HZV-Verträgen ist durch die Nachfolgerin / den Nachfolger zusätzlich online unter www.hausarztservice-online.de zu beantragen.

7. Ggf. weitere Anmerkungen

Bei Fragen wenden Sie sich gerne direkt an die 02203 5756-1414!

Unterschrift Praxisaufgeberin/Praxisaufgeber (Vertragsärztin/Vertragsarzt / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ)	**Datum** (TT.MM.JJJJ)	**Stempel der Arztpraxis**